Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Questions et priorités touchant à la santé des femmes au Canada: Enquête auprès des informatrices clés

Canada

89-02268/

QUESTIONS ET PRIORITÉS TOUCHANT À LA SANTÉ DES FEMMES AU CANADA : ENQUÊTE AUPRÈS DES INFORMATRICES CLÉS

DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

OTTAWA

NOVEMBRE 1986

Also available in English under the title, "Issues and Priorities for Women's Health in Canada: A Key Informant Survey".

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de cat. H39-136/1988F
ISBN 0-662-95174-3

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Avant-propos	iii
Introduction	1
Méthode	2
A. Collecte des données	2
B. Personnes interviewées	2
C. Entrevues	3
D. Analyse	3
Résultats et discussion	4
Les tableaux	4
Discussion des constatations	5
I Questions clés touchant à la santé des femmes	5
II Facteurs sous-jacents aux problèmes de santé des femmes	7
III Groupes à risque à cause de leur situation particulière	10
IV Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents	11
V Facteurs favorables à la santé	14
VI Changements et priorités	16
A. Programmes et projets touchant à la santé	16
B. Services médicaux et de santé	18
C. Politiques et programmes d'ordre social et économique	19
D. Recherches	19
E. Règlements et lois	20
Annexes	
Annexe 1. Projet visant la santé des femmes : protocole de l'entrevue	21
Annexe 2. Liste des tableaux Tableaux I à VI-E	26

AVANT-PROPOS

Ce rapport décrit les constatations d'une enquête menée auprès d'expertes canadiennes dans le domaine de la santé des femmes. Cette enquête, entreprise au cours de l'été 1986, s'inscrivait dans le cadre du Projet sur une stratégie en matière de santé des femmes de la Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

Ce document a pour objet de fournir un exposé factuel des sujets de préoccupation en matière de santé des femmes signalés par les informatrices. Ces constatations serviront ultérieurement à la mise au point de politiques et de programmes reliés à la santé des femmes.

Je tiens ici à remercier de leur participation dévouée cinq membres de la Direction de la promotion de la santé, qui m'ont aidée à mener à bien les entrevues : Susan Dann, Susan Garceau, Jessica Hill, Rita Stern et Evelyne Vallée. Je tiens en outre à signaler la contribution d'autres personnes, et notamment de Joan Johnston et de Karen Madden, qui ont participé à la conceptualisation et à la planification du projet, ainsi que du personnel des bureaux régionaux de la Direction.

Enfin, je ne saurais passer sous silence la contribution des cinquante-trois femmes qui ont participé à l'enquête en qualité d'expertes. Leur collaboration empressée et leur enthousiasme ont été une source d'inspiration pour les membres de l'équipe chargée du projet.

Eleanor Thomas
Coordonnatrice
Projet sur une stratégie en matière de santé
des femmes

INTRODUCTION

La Direction de la promotion de la santé (D.P.S.) de Santé et Bien-être social Canada met en oeuvre depuis 1978 des projets reliés à la santé des femmes. En 1983, la santé des femmes a été reconnue officiellement comme un domaine distinct aux fins de l'établissement de programmes, et une liste de priorités et de projets a été approuvée pour une période d'essai de cinq ans. En 1984, le comité responsable de la planification et de la coordination des activités touchant à la santé des femmes a reconnu qu'il était devenu nécessaire d'établir un plan intégré de stratégies et d'objectifs à long terme. C'est ainsi que le Projet sur une stratégie en matière de santé des femmes a vu le jour. Le but visé était de préparer une stratégie sur la santé des femmes à l'intention de la Direction et de recommander un plan de programme à long terme.

Le Projet sur une stratégie en matière de santé des femmes comprend quatre phases : 1) examen de la littérature sur la santé des femmes, et relevé des ressources, des politiques et des programmes existants, afin d'orienter l'établissement d'un cadre pour le projet; 2) consultation d'expertes clés dans le domaine de la santé des femmes, afin d'accroître la compréhension des facteurs en cause et des questions pertinentes, ainsi que des changements requis; 3) élaboration d'idées concernant la stratégie et le programme par le truchement de discussions avec des femmes du grand public; et 4) intégration de toutes les constatations à un document préliminaire recommandant des stratégies et proposant des plans de programme à long terme pour la promotion de la santé des femmes au Canada.

L'examen de la documentation et des ressources a pris fin à l'été 1985, après quoi on a planifié la consultation d'expertes en la matière. L'étape de la consultation s'est présentée sous la forme d'une enquête menée auprès d'informatrices clés. Cette phase a commencé à l'été 1986. De mai à septembre, 44 entrevues ont été menées auprès de 53 expertes du domaine de la santé des femmes de toutes les régions du Canada. On trouvera dans le présent rapport une description des constatations de cette enquête.

MÉTHODE

A. Collecte des données

Les responsables de l'enquête ont arrêté leur choix sur un modèle structuré d'entrevue afin de s'assurer que les réponses se prêteraient à des comparaisons et que l'éventail le plus large possible d'idées et d'opinions serait obtenu des informatrices.

Le protocole d'entrevue était conçu de manière à permettre de recueillir des idées et des renseignements dans six domaines : problèmes et questions clés touchant à la santé des femmes; facteurs sous-jacents aux problèmes de santé des femmes; groupes cibles importants; changements requis en vue de l'amélioration de la santé des femmes; questions prioritaires pour le gouvernement fédéral; et activités et programmes de santé à l'intention des femmes. Les enquêteurs devaient de plus obtenir des renseignements de base sur l'engagement actuel et passé des répondantes dans des activités reliées à la santé des femmes. On a, à partir de l'examen de la littérature, déterminé un éventail de base des réponses possibles à certaines des questions, éventail qui avait pour objet d'aider les enquêteurs à consigner les réponses et, au besoin, à obtenir de plus amples informations. Les enquêteurs notaient à la main les réponses directement sur la formule d'entrevue. Une copie de cette formule apparaît à l'annexe 1.

Parmi les enquêteurs, on comptait six membres du Comité de la santé des femmes de la Direction de la promotion de la santé, qui tous avaient participé à la planification et à la mise au point du projet et qui tous étaient au fait des questions touchant à la santé des femmes.

B. Personnes interviewées

Les interviews ont été menées auprès d'un échantillon d'expertes dans le domaine de la santé des femmes de toutes les régions du Canada. Ces expertes, choisies dans les milieux communautaire, académique, médical et gouvernemental, avaient pour la plupart un important bagage d'expérience communautaire. On a pris soin, au moment de la constitution de l'échantillon, de sélectionner des expertes bien renseignées sur les problèmes que connaissent différents groupes de femmes, et notamment les femmes qui vivent en milieu rural, les immigrantes et les femmes qui appartiennent à une minorité ethnique, ainsi que les femmes défavorisées et les femmes invalides. On a veillé de plus à inclure dans l'échantillon des représentantes des cinq régions qui composent le Canada.

On a constitué une liste de plus de 200 informatrices clés possibles, à partir d'une variété de sources d'information, dont voici un aperçu : documentation sur la santé des femmes; conférences et ateliers sur les femmes et la santé; universités; milieux gouvernementaux, y compris les bureaux régionaux de la D.P.S.; Bureau de la situation de la femme; et groupes s'occupant de la santé des femmes. À partir de cette liste maîtresse, on a sélectionné quelque 50 personnes aux fins des entrevues, en consultation avec

le Comité de la santé des femmes de la D.P.S. Les responsables de la sélection ont tenu compte des milieux et des domaines de connaissance mentionnés ci-dessus, ainsi que de la crédibilité et du niveau de compétences des personnes sélectionnées.

Un petit nombre des informatrices dont le nom apparaissait dans la liste initiale ne pouvaient participer à l'enquête et l'une d'elles a refusé d'y participer parce qu'elle estimait que son bagage de connaissances et d'expériences était insuffisant. L'échantillon final regroupait 53 répondantes, dont 38 ont été interviewées individuellement. En tout, 44 entrevues ont eu lieu, dont 6 auprès de plus d'une informatrice. La répartition des entrevues par région était comme suit : région de l'Ouest (C.-B. et Alberta) : 9; région des Prairies (Saskatchewan et Manitoba) : 8; Ontario : 10; Québec : 9; région de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve) : 8.

C. Entrevues

Dans un premier temps, on a envoyé à toutes les informatrices sélectionnées une lettre d'entrée en matière décrivant brièvement l'enquête et les invitant à y participer. Après ce premier contact écrit, les enquêteurs ont rejoint par téléphone les personnes sélectionnées afin de leur donner plus d'information sur le projet, d'obtenir leur consentement à y participer et de prendre des arrangements préliminaires en vue d'une entrevue. Puis, des documents décrivant le projet et fournissant de l'information de base sur la D.P.S. et ses activités dans le domaine de la santé des femmes ont été envoyés par la poste aux personnes sélectionnées avant la tenue de l'entrevue.

Les entrevues se sont déroulées entre mai et septembre 1986.

D. Analyse

L'analyse des données revêtait, dans une large mesure, un caractère qualitatif et comportait donc une part de subjectivité.

Un examen initial des formules remplies a permis de dégager un certain nombre de thèmes et de similarités dans les réponses. À l'aide de ces éléments, on a ensuite établi une grille préliminaire permettant de répartir en catégories les réponses aux six questions de l'entrevue, et d'en faire le compte.

Chaque formule d'entrevue a fait l'objet d'un examen détaillé au cours duquel on a réparti les réponses en catégories et consigné ces dernières ainsi que les réponses spécifiques à l'aide de la grille préalablement établie à cette fin. Enfin, on a analysé les résultats, question par question, comme le montrent les tableaux de l'annexe 2.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les tableaux

Les principales constatations de l'enquête apparaissent aux tableaux I à VI-E (annexe 2).

Ces tableaux résument les réponses fournies aux questions 4, 5, 6, 7 ou 8, et 9 et 11 du questionnaire. Les réponses sont regroupées en catégories, et des relevés des réponses spécifiques ou des catégories de réponses sont fournis au besoin. Ces relevés indiquent le nombre d'entrevues au cours desquelles des informations ou des données particulières ont été signalées comme importantes par les personnes interrogées.

Les chiffres qui apparaissent dans les tableaux fournissent une indication approximative de la mesure dans laquelle différentes questions sont des sujets de préoccupation pour les spécialistes de la santé des femmes, et donnent un aperçu des facteurs en cause et des priorités. On ne doit pas interpréter ces chiffres comme le reflet d'un ordre d'importance de quelque nature. Ces chiffres ne font que signaler les sujets de préoccupation de l'heure. Les recherches qualitatives de ce type ont pour objet de fournir des lignes directrices et des orientations en vue de l'établissement de politiques et de programmes, et non de fournir des conclusions fondées sur des données numériques rigoureuses concernant l'importance des questions examinées. Aussi la discussion qui suit souligne-t-elle les faits saillants et les thèmes qui ressortent des constatations, et n'a-t-elle aucunement pour objet d'assigner un ordre de priorité aux différentes questions.

Le tableau I présente les problèmes et les questions clés touchant à la santé des femmes mentionnés par les répondantes.

Le tableau II présente les facteurs qui sous-tendent les problèmes et y contribuent.

Le tableau III énumère les sous-groupes de femmes reconnus par les répondantes comme particulièrement susceptibles de connaître des problèmes de santé, et le tableau IV énonce les questions et facteurs clés touchant à la santé des femmes que les répondantes ont signalés comme importants.

Le tableau V porte sur les facteurs qui influent positivement la santé des femmes.

Les tableaux VI-A à VI-E présentent les changements requis et les mesures qui doivent être adoptées en priorité dans cinq sphères : programmes et projets de santé; services de soins médicaux et de santé; politique sociale et économique; recherche; et lois et règlements.

Nous allons maintenant passer en revue chacun de ces tableaux.

Discussion des constatations

I Questions clés touchant à la santé des femmes

Le tableau I indique les problèmes et les questions clés touchant à la santé des femmes signalés par les répondantes. Les réponses ont été réparties en six catégories : santé mentale, violence faite aux femmes; vie génésique; troubles du système reproducteur; alimentation et condition physique; et maladies chroniques.

A. La santé mentale et des questions connexes ont été reconnues comme importantes par la presque totalité des répondantes. Le stress et le recours à des substances, notamment à des médicaments de prescription, étaient considérés comme des questions particulièrement importantes.

Dans 36 des 44 entrevues, la santé mentale était spécifiquement mentionnée comme une question clé incluant le stress et l'anxiété (mentionnés 26 fois), la dépression (13), les problèmes de santé mentale en général (13) et le manque d'estime de soi (11).

Les questions touchant au recours à des substances incluaient la consommation abusive de médicaments de prescription (26), de tabac (20) et d'alcool (17), ainsi que la dépendance à l'égard de ces substances.

Les autres questions touchant à la santé mentale soulevées avaient trait à la sexualité (14) et aux problèmes liés à l'image corporelle (16), et notamment aux troubles de l'alimentation (11).

B. La violence faite aux femmes est un sujet de préoccupation qu'une forte proportion de répondantes (29 sur 44) ont cité. Les problèmes spécifiquement mentionnés incluaient les femmes battues (13), l'inceste (11) et le viol (6).

C. Les questions relatives à la vie génésique étaient un sujet de préoccupation pour bon nombre de spécialistes consultées. Les grands thèmes soulevés étaient la contraception, l'avortement, la grossesse et l'accouchement, et la ménopause.

La nécessité que les femmes aient recours à des méthodes contraceptives sûres et efficaces était soulignée par 27 répondantes. En rapport avec cette question, les sujets de préoccupation touchant à la santé et à la sécurité des femmes incluaient des commentaires sur différents contraceptifs, ainsi que sur des appareils et des interventions chirurgicales qui ont maintenant les faveurs des professionnels de la santé au détriment d'approches axées sur une technologie moins poussée.

Un autre thème dominant dans les réponses fournies lors des entrevues était celui de la procréation libre, les problèmes liés à l'accès à des services d'avortement étant mentionnés par 25 répondantes.

La grossesse et l'accouchement étaient décrits par 24 répondantes comme une étape qui s'accompagne de problèmes physiques et émotifs dans la vie des femmes, à cause surtout de la médicalisation de ces processus.

Pour ce qui est de la ménopause (sujet de préoccupation cité 21 fois), la plupart des problèmes mentionnés par les répondantes concernaient les interventions médicales dont les femmes peuvent faire l'objet, et notamment le recours potentiellement dangereux à l'hormonothérapie comme mode d'intervention (6) d'hystérectomie inutile (8).

Plusieurs autres questions touchant à la vie génésique étaient soulevées par un nombre important de répondantes. Les problèmes associés aux nouvelles techniques de fécondation, utilisées notamment dans les cas de stérilité, préoccupaient bon nombre des répondantes (15), tout comme l'apparente augmentation des taux de stérilité (10). Les autres sujets de préoccupation mentionnés incluaient les grossesses non voulues chez des adolescentes et les problèmes connexes (15) et le syndrome prémenstruel (8).

D. Les troubles du système reproducteur incluaient les taux élevés de salpingite aiguë (9) et la stérilité associée à cette maladie, les maladies transmises sexuellement (6), et d'autres troubles médicaux.

E. Différentes questions de santé rattachées au milieu de travail et à l'environnement étaient soulevées par bon nombre de répondantes. La santé physique et la sécurité au travail (18), les pressions exercées au travail sur les femmes (8) et les problèmes causés par des environnements pollués ou malsains pour d'autres raisons (15) comptaient parmi les sujets mentionnés.

F. L'alimentation et la condition physique étaient signalées comme des problèmes pour les femmes par 15 répondantes. Ces dernières mentionnaient les régimes alimentaires non équilibrés (10), le manque d'exercice (9) et l'obésité (5) parmi leurs sujets de préoccupation.

G. Les maladies chroniques dont les femmes souffrent étaient citées comme des sujets de préoccupation par quelques-unes des répondantes. Parmi les maladies mentionnées, il y avait l'ostéoporose (5), le cancer du sein (3) et d'autres affections du sein (3).

II Facteurs sous-jacents aux problèmes de santé des femmes

On a demandé aux répondantes d'indiquer quels facteurs et quelles situations dans notre société avaient, selon elles, les répercussions négatives les plus graves sur le bien-être physique et mental des femmes. Le tableau II résume leurs réponses à cette question. Les facteurs mentionnés par les répondantes se répartissaient en cinq grandes catégories : attitudes et pratiques au sein des établissements de santé; accès à des services de soins médicaux et de santé appropriés; rôles que jouent les femmes et relations qu'elles entretiennent avec les autres; statut économique des femmes; et milieu professionnel et environnemental.

A. Attitudes et pratiques au sein des établissements de santé

1. Beaucoup de répondantes ont mentionné les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des femmes au nombre des facteurs qui nuisent au bien-être des femmes. Près de la moitié des répondantes (20) ont fait une allusion générale à ces attitudes nocives. D'autres ont été plus précises dans leurs commentaires et mentionné des attitudes spécifiques : les médecins ne reconnaissent pas aux femmes la capacité de comprendre leurs problèmes médicaux ou d'y réagir de façon appropriée (12), et beaucoup d'entre eux perçoivent les étapes normales de la vie de la femme comme des problèmes médicaux requérant une intervention (11). Parmi les autres attitudes mentionnées par les répondantes comme sujet de préoccupation, il y avait l'indifférence à l'égard des besoins des femmes (9), la médicalisation des problèmes sociaux des femmes (8) ainsi que la perception des hommes comme normaux et des femmes, par voie de conséquence, comme déviantes (8). La formation des médecins, la littérature médicale et les compagnies pharmaceutiques étaient vues comme trois facteurs qu'on retrouve à la source de ces attitudes et qui en assurent le maintien (12).

2. Le contrôle médical de processus naturels et les interventions qui en découlent étaient un sujet de préoccupation important pour les répondantes. Vingt d'entre elles mentionnaient les interventions médicales touchant notamment à l'accouchement, aux stades de la vie reproductrice et à la contraception. D'autres (15) mentionnaient que l'état d'impuissance dans lequel se retrouvent les femmes et leur manque de contrôle sur leur propre santé contribuent à cet état de choses.

3. La place de premier choix laissée à la technologie dans les recherches médicales, comme dans les efforts de prévention et de traitement était un facteur mentionné par un grand nombre de répondantes (29). Parmi les sujets de préoccupation spécifiques mentionnés, il y avait la surmédication (16), l'omniprésence de la technologie à tous les stades du processus de la reproduction et les interventions chirurgicales non nécessaires. Enfin, d'autres sujets mentionnés avaient trait au manque d'intérêt de la profession médicale pour la prévention.

B. Accès à des services médicaux et de santé appropriés

1. Bon nombre d'expertes (25) mentionnaient comme facteur négatif important les obstacles qui font entrave aux services médicaux traditionnels. Beaucoup se disaient préoccupées par les obstacles administratifs et politiques qui s'opposent à la prestation de services d'avortement (14). Les obstacles géographiques (9) étaient aussi mentionnés comme sujet de préoccupation, tout particulièrement par les expertes de la santé des femmes sensibilisées aux problèmes que connaissent les femmes des régions éloignées. D'autres répondantes signalaient les obstacles financiers aux instruments médicaux, médicaments et soins non assurés (8) auxquels se heurtent tout particulièrement les femmes à faible revenu.

2. Selon les informatrices, 28 d'entre elles signalant cette question comme sujet de préoccupation, l'insuffisance des services de santé non traditionnels ou parallèles et la difficulté d'accès à ce genre de services comptent parmi les facteurs négatifs qui influent le plus sur la santé des femmes. Beaucoup de répondantes ont signalé de façon générale le manque de services parallèles (19), tandis que d'autres ont signalé spécifiquement le manque de services parallèles d'accouchement (16) et notamment de services de sages-femmes (14). D'autres services et dispensateurs de soins ne faisant pas partie du réseau officiel étaient aussi mentionnés, comme l'indique le tableau.

C. Rôles que jouent les femmes et relations qu'elles entretiennent avec les autres

Les informatrices ont mentionné parmi les facteurs importants qui influent sur la santé des femmes tant les attitudes à l'égard des rôles que jouent les femmes et des relations qu'elles entretiennent que la nature de ces rôles.

1. Les attitudes à l'égard des rôles que jouent les femmes et des relations qu'elles entretiennent mentionnées comme sujet de préoccupation incluaient la sous-évaluation des rôles traditionnels des femmes (15 répondantes). Les répondantes mentionnaient à titre d'exemple le statut peu élevé des femmes au foyer (11) et la sous-évaluation des emplois traditionnellement occupés par les femmes (6).

Beaucoup de répondantes soulevaient la question des stéréotypes associés aux rôles que jouent les femmes et aux relations qu'elles entretiennent, et mentionnaient en outre la nature de ces stéréotypes eux-mêmes ainsi que les processus qui servent à les maintenir. Les répondantes signalaient comme sujet de préoccupation les idées préconçues à l'égard du rôle de la femme au foyer (13), concernant notamment l'isolement social de cette dernière (13), sa dépendance économique (10), sa dépendance sociale (9) et les conflits de rôles (7) qui se posent pour elle. Les idées préconçues consacrées par l'usage concernant l'emploi et les études étaient un autre facteur mentionné par les répondantes (10). La socialisation des fillettes, que l'on prépare à être dépendantes et à occuper une place subalterne (10), les organes d'information (8), les organismes religieux et

les autres organismes conservateurs (6) et le système d'éducation (5) étaient vus par les répondantes comme autant de moyens servant à véhiculer les stéréotypes.

Parmi les autres problèmes mentionnés, il y avait les attitudes et pratiques négatives touchant à la sexualité des femmes (12) et au corps des femmes (10).

2. Parmi les facteurs liés à la nature des rôles que les femmes ont à jouer, les répondantes mentionnaient comme sujet de préoccupation les lourdes responsabilités qu'elles ont à relever. Le fait que les femmes doivent veiller à l'éducation des enfants (21) ainsi qu'à la santé et au bien-être de leur famille et d'autres personnes (20) était vu comme deux facteurs qui influent sur la santé des femmes. Un autre important sujet de préoccupation signalé (15) était la double charge des femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer.

Un autre sujet de préoccupation, lié aux lourdes responsabilités des femmes, avait trait au fait que ces dernières ne peuvent pas compter sur un soutien suffisant. Parmi les problèmes qu'elles mentionnaient précisément, il y avait le manque de services de soins de jour à prix abordables (17) et le manque de soutien social à l'égard des soins à domicile (9).

D. Statut économique des femmes

De tous les facteurs influant sur la santé des femmes mentionnés par les répondantes, le plus fréquemment cité était celui de la pauvreté et de l'insécurité économique, qui revenait dans 30 entrevues sur 44. Les causes des problèmes économiques des femmes indiquées incluaient les salaires peu élevés et l'insuffisance des avantages sociaux (13) ainsi que le caractère marginal des emplois qu'occupent les femmes (13) et les problèmes associés au soutien du revenu.

E. Milieu professionnel et environnemental

Les facteurs sociaux négatifs liés au milieu du travail, les conditions physiques de travail non favorables à la santé et les milieux de vie physiquement malsains comptaient parmi les autres facteurs soulevés par les informatrices. Ces facteurs se répartissaient comme suit :

1. Les facteurs sociaux négatifs liés au milieu du travail incluaient la discrimination dont les femmes font l'objet au travail (12), les pressions exercées sur elles au travail (8) et le fait que les emplois qu'elles occupent ne leur confèrent pas de pouvoir (8).

2. Les milieux de travail physiquement non favorables à la santé étaient un facteur mentionné par 19 répondantes.

3. Les milieux de vie physiquement malsains (15), dont la pollution de l'environnement (10), étaient un autre sujet important de préoccupation.

III Groupes à risque à cause de leur situation particulière

On a demandé aux informatrices d'indiquer quels groupes de femmes dans notre société sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé, tout en précisant les problèmes de santé auxquels ces groupes sont exposés et les facteurs sous-jacents en cause.

Le tableau III fournit un relevé du nombre d'informatrices qui ont mentionné divers groupes spéciaux, à cause notamment de caractéristiques liées à l'âge, au statut économique, à l'appartenance ethnique ou géographique, comme groupes plus particulièrement vulnérables. Parmi ces groupes, les plus fréquemment mentionnés étaient les femmes âgées (25), les femmes pauvres (24), les immigrantes et les femmes appartenant à une minorité ethnique (22), les adolescentes (20), les femmes autochtones (19), les femmes invalides (15), les femmes vivant en région rurale ou isolée (14), et les femmes d'âge mûr (12). D'autres groupes sont énumérés dans le tableau.

Pour l'interprétation des résultats et des constatations du tableau IV, on doit se rappeler que la plupart des répondantes ont été sélectionnées à cause de leurs connaissances et leur expérience générale dans le domaine de la santé des femmes et que, de plus, un petit nombre d'entre elles ont été choisies parce qu'elles étaient particulièrement au fait de la situation de certains groupes spéciaux de femmes. Les chiffres qui apparaissent au tableau III ne doivent pas être interprétés comme indiquant qu'un sous-groupe est plus important ou qu'il connaît des problèmes de santé plus graves qu'un autre, mais bien comme reflétant l'éventail des compétences particulières des répondantes sélectionnées et la nature de leurs préoccupations.

IV Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents

Le tableau IV présente les problèmes de santé et les facteurs sous-jacents à la santé signalés par les répondantes pour les groupes jugés plus vulnérables à cause de leur situation particulière.

A. Groupes d'âge

Les adolescentes et les jeunes femmes étaient mentionnées par 20 répondantes. Le principal problème de santé signalé pour ce groupe était les grossesses non désirées (15). Les problèmes de santé mentale (9) et le recours à des substances (16) étaient d'autres problèmes jugés importants. Toute une variété de facteurs sous-jacents étaient signalés par les répondantes.

Pour les femmes d'âge mûr, groupe mentionné par 12 répondantes, dont trois étaient par leurs connaissances et leur expérience bien au fait de la situation de ce groupe, les problèmes de santé mentale (7) et les problèmes liés à la ménopause (6) étaient les principaux sujets de préoccupation. Parmi les facteurs sous-jacents à ces problèmes, les répondantes indiquaient les attitudes sociales négatives à l'égard des femmes d'âge mûr (6), les lourdes responsabilités familiales incluant la dispensation de soins à des parents âgés et à des enfants (4), et les changements dans la famille (4). Les répondantes mentionnaient en outre comme sujets de préoccupation les attitudes préjudiciables du corps médical (4) et la médicalisation de la ménopause (4).

Les femmes âgées, groupe reconnu comme vulnérable par 25 répondantes, étaient vues comme particulièrement sujettes à connaître des problèmes de santé mentale (10). La mauvaise alimentation (4) était l'un des sujets de préoccupation soulevés. Les facteurs sous-jacents aux problèmes de santé mentionnés incluaient des facteurs sociaux, des facteurs économiques et des facteurs relatifs au réseau médico-hospitalier. L'isolement et la solitude (13) ainsi que les attitudes sociales préjudiciables à l'égard du vieillissement et des personnes âgées (10) étaient deux sujets très importants mentionnés par les répondantes. La surmédication (10) et les attitudes préjudiciables du corps médical à l'égard du vieillissement comptaient parmi les facteurs relatifs au réseau médico-hospitalier mentionnés par les répondantes, tandis que la pauvreté (6) que connaissent les femmes âgées était vue comme un autre facteur clé influant négativement sur le bien-être de ce groupe.

B. Groupes économiques

Bien que la pauvreté ait compté parmi les facteurs mentionnés pour la presque totalité des groupes vulnérables, 24 des répondantes ont parlé des femmes pauvres, dont les femmes parents uniques et les travailleuses à faible revenu, comme d'un groupe important, méritant une attention spéciale. Parmi les problèmes soulevés, il y avait les problèmes de santé mentale (9) et tout

particulièrement le stress (8); la mauvaise alimentation (9); et les problèmes associés au travail. Toutes les répondantes ont indiqué que le manque d'accès aux services et au soutien que la pauvreté rend nécessaires minait sérieusement la santé et le bien-être des femmes pauvres. Les autres facteurs mentionnés incluaient le manque d'accès aux services médicaux (6), les surcharges de travail et de responsabilités (6) et l'exposition à la pollution (4).

C. Groupes ethniques

Les immigrantes et les femmes appartenant à une minorité ethnique étaient reconnues comme groupe vulnérable par 22 répondantes, dont 2 étaient par leur expérience particulièrement au fait de la situation de ce groupe de femmes. Les sujets de préoccupation mentionnés incluaient les problèmes de santé mentale (4) et la violence dans la famille. Les facteurs sous-jacents aux problèmes de santé mentionnés pour ce groupe étaient principalement les barrières linguistiques (8) et les conflits culturels (8). Les autres facteurs indiqués incluaient les attitudes du corps médical (5) et de la société (4) à l'égard des immigrantes, et les conditions de travail préjudiciables à la santé (4).

Dans le cas des femmes autochtones (19), les problèmes de santé signalés incluaient la consommation d'alcool (9) et de drogues (4). Les répondantes signalaient aussi pour ce groupe le problème des femmes battues (6). Les principaux facteurs sous-jacents à ce problème de santé concernaient l'accès insuffisant aux services médicaux (6), aux services sociaux et de santé (5) ainsi qu'à des biens et services de base (aliments, eau, logement, etc.) (4). Les attitudes sociales préjudiciables à l'égard des femmes autochtones (4) comptaient parmi les autres facteurs soulevés. De plus, la plupart des problèmes et facteurs mentionnés pour les groupes géographiquement isolés s'appliquent aussi aux femmes autochtones.

D. Groupes géographiques

Les femmes vivant en région rurale ou isolée étaient reconnues comme groupe vulnérable par 14 répondantes, dont 5 étaient par leur expérience bien au fait de la situation de ce groupe. Les problèmes cités incluaient des problèmes de santé mentale (6), et plus particulièrement le stress (6), ainsi que des problèmes de consommation d'alcool (4) et de drogues (3). Les répondantes mettaient l'accent sur différents facteurs influant sur la santé des femmes vivant en région rurale ou isolée plutôt que sur les problèmes de santé en soi. Elles insistaient tout spécialement sur la difficulté d'accès aux services sociaux et de santé (12) et notamment aux soins de santé parallèles (6), aux services de soutien social (5) et aux services de garderie (4), ainsi que sur la difficulté d'accès aux services médicaux traditionnels (8). L'isolement au foyer (6), la difficulté d'accès aux services de transport (4) et la crise économique que connaît actuellement l'agriculture (4) comptaient parmi les autres facteurs préjudiciables mentionnés.

E. Groupes spéciaux

Les femmes invalides étaient reconnues comme groupe vulnérable par 15 informatrices, dont 2 étaient par leurs connaissances et leur expérience bien au fait de la situation de ce groupe. Les problèmes de santé mentale (6), et notamment le stress (3), étaient le principal sujet de préoccupation mentionné pour ce groupe. La violence (2) était un autre sujet important de préoccupation. Quant aux facteurs en cause, ils incluaient les attitudes préjudiciables du corps médical à l'égard des femmes invalides (6) et les soins inappropriés (5) prodigués à ces dernières en conséquence. Les facteurs sociaux mentionnés incluaient les attitudes sociétales (4) ainsi que l'impuissance et la dépendance (2); enfin, étaient aussi mentionnés les problèmes continus d'accès physique aux lieux publics (3), y compris les établissements où des services médicaux sont offerts.

F. Autres groupes

Dans le cas des femmes peu scolarisées (18), le principal problème mentionné était celui de la difficulté d'accès à l'information et aux soins médicaux (5). Pour les femmes au foyer (5) l'isolement (4) était l'un des facteurs préjudiciables à la santé mentionnés. Dans le cas des lesbiennes (4), les répondantes estimaient que les problèmes enregistrés étaient attribuables aux attitudes préjudiciables de la société et du corps médical à l'égard de ce groupe (3). Enfin, d'autres groupes sont aussi énumérés dans le tableau.

V Facteurs favorables à la santé

Les informatrices devaient indiquer les facteurs et les situations dans notre société qui, selon elles, avaient un impact positif sur le bien-être physique et mental des femmes. Le tableau V fournit un relevé de leurs réponses à cette question. Les facteurs positifs se répartissent en sept catégories, dont les trois plus importantes sont les suivantes : changements positifs dans les attitudes et pratiques sociétales à l'égard des femmes; tendance en faveur de l'entraide et des initiatives personnelles en matière de santé; ampleur croissante des groupes et des activités de femmes. Les autres catégories de réponses incluaient : services de soins de santé parallèles et de soins médicaux améliorés; certains types précis de programmes et de projets de promotion de la santé; amélioration des services sociaux; et amélioration des conditions sociales.

1. Changements positifs dans les attitudes et pratiques sociétales à l'égard des femmes

Le fait qu'il y ait depuis quelques années plus de partage et plus de contact entre les femmes était mentionné comme l'un des facteurs contribuant le plus à la santé des femmes par 16 informatrices. Parmi les autres facteurs importants, les répondantes indiquaient la plus grande sensibilisation des femmes aux options et aux choix qui leur sont offerts (11) ainsi que la conscience accrue des problèmes que connaissent les femmes et la légitimisation de ces problèmes (8). Les répondantes reconnaissaient aussi comme facteur positif la reconnaissance sociétale de la culture et des valeurs des femmes (6) ainsi que l'accès à l'égalité avec les hommes (6).

2. Tendance en faveur de l'entraide et des initiatives personnelles en matière de santé

Parmi les facteurs importants contribuant à la santé, les répondantes mentionnaient l'intérêt plus marqué ces dernières années pour l'entraide et les initiatives personnelles en matière de santé (10), intérêt qui se traduit chez les femmes par une meilleure connaissance de leur corps et de leur état de santé (10).

3. Ampleur croissante des organismes et des activités de femmes

Selon 17 répondantes, le féminisme et la vague croissante du mouvement des femmes ont eu un impact positif important sur le bien-être des femmes. Entre autres facteurs positifs dignes de mention, les répondantes signalaient l'ampleur croissante des collectifs et réseaux veillant à la santé des femmes (12), les groupes d'entraide réunissant des femmes (8) et les autres organismes de femmes.

4. Services de soins de santé parallèles et de soins médicaux améliorés

Pour cette catégorie de réponses, les changements positifs signalés incluaient l'amélioration des méthodes de contraception (8) et l'établissement dans quelques endroits de centres de santé pour femmes et de centres de santé communautaires (5).

5. Programmes de promotion de la santé

Les répondantes estimaient que PARTICIPaction (14) et les campagnes antitabac du gouvernement (4) avaient eu un impact positif sur la santé des femmes. Différents projets de la Direction de la promotion de la santé étaient aussi mentionnés.

6. Services sociaux améliorés

Les répondantes estimaient que les services sociaux tels que les services de garderie et les refuges pour femmes battues s'étaient révélés, là où on avait établi de tels services, de bons moyens d'influer positivement sur la santé et le bien-être des femmes (7).

7. Amélioration des conditions sociales

Quelques répondantes mentionnaient comme facteur positif certains changements dans les conditions sociales au Canada.

VI Changements et priorités

On a demandé aux informatrices quels changements dans les programmes, les services, les lois ou tout autre domaine pouvaient permettre d'améliorer la santé et le bien-être des femmes. On leur a aussi demandé sur quelles priorités le gouvernement fédéral devrait fonder son plan d'action en matière de santé des femmes. Les réponses à ces questions, qui apparaissent aux tableaux VI-A à VI-E, ont été amalgamées aux fins de l'analyse, parce qu'elles se recoupaient considérablement.

Les informatrices avaient tendance à ranger les changements et priorités dans cinq sphères différentes : programmes et projets touchant à la santé; services de soins médicaux et de santé; politique sociale et économique; recherches en santé; et règlements et lois touchant à la santé des femmes.

A. Changements et priorités : Programmes et projets touchant à la santé

1. Politiques régissant les programmes de santé. Bon nombre de répondantes ont indiqué que des changements devaient être apportés à tous les niveaux à l'ensemble des politiques régissant les programmes de santé à l'intention des femmes. Entre autres changements importants, elles recommandaient un changement majeur dans l'orientation des programmes qui devaient cesser d'être axés sur les maladies et les traitements et avoir plutôt pour objet le mieux-être, la promotion de la santé et la prévention des maladies (19). Une autre recommandation importante avait trait à la nécessité qu'on veille en priorité à rendre les femmes capables de prendre en charge leur propre santé (18). Enfin, l'adoption de politiques qui y mettent l'accent sur des activités conçues par et pour les femmes (10) et l'élimination des barrières, financières, sociales, culturelles, géographiques et physiques, qui font entrave aux programmes touchant à la santé des femmes comptaient parmi les autres points faisant l'objet de recommandations importantes.

2. Stratégies relatives aux programmes en matière de santé. Les informatrices ont recommandé plusieurs changements dans les stratégies et approches relatives aux programmes touchant à la santé des femmes. Ainsi, 14 d'entre elles soulignaient la nécessité que les groupes de femmes qui mettent en oeuvre des activités touchant à la santé puissent compter sur un financement stable et à long terme. Un autre changement important, recommandé par 12 répondantes, concernait la nécessité que les femmes et les groupes de femmes participent à la planification des programmes en matière de santé. Bon nombre de répondantes, reconnaissant les limites du champ d'action du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé, indiquaient que ce dernier devait jouer un rôle de leader et exercer des pressions sur les grouvernements provinciaux pour les amener à adopter des politiques et des programmes qui favorisent la santé des femmes (10). Les stratégies recommandées avaient trait notamment à la nécessité de multiplier les programmes de santé pour les femmes (10), de promouvoir la prestation par les femmes de soins médicaux et de santé aux femmes (9), d'encourager les activités communautaires issues de

la base (9) et d'appuyer les groupes représentatifs et de pression qui cherchent à obtenir des changements positifs pour les femmes (7). Plusieurs répondantes réclamaient un renforcement du rôle que joue Santé et Bien-être social Canada à l'égard de la promotion de la santé des femmes, et souhaitaient notamment que la Direction de la promotion de la santé mette au point un programme solide pour les femmes (6).

3. Types de programmes. Les informatrices mentionnaient plusieurs types de programmes et de projets qu'elles jugeaient particulièrement valables et indiqués. Elles parlaient notamment de programmes d'information en matière de santé ayant pour objet de permettre aux femmes d'avoir davantage accès à ce type d'information (19), de programmes visant à soutenir les groupes féminins d'entraide (18), de programmes visant à permettre la production de ressources et à soutenir d'autres activités pour des groupes spécifiques de femmes (13), et enfin de programmes ayant pour objet d'encourager la mise en place d'un réseau et des activités d'échange d'information (7).

4. Programmes requis. Beaucoup de répondantes ont fourni des exemples précis de programmes et de projets requis. Elles signalaient notamment des besoins dans les domaines suivants : information sur le réseau médico-hospitalier et sur la façon d'en tirer profit à l'intention des femmes (10), sexualité (9), rôle de parents (6) et information sur diverses questions relatives à la procréation (14) ainsi que sur les MTS (6), la contraception (5) et les nouvelles technologies de procréation (5). Les projets requis, mentionnés précisément par les répondantes, avaient trait notamment à la nécessité de mettre au point un réseau national dans le domaine de la santé des femmes et d'en assurer le maintien, conformément à la recommandation de 14 répondantes, et à la création d'un centre national ou de centres régionaux responsables en matière de santé des femmes (10). Plusieurs répondantes considéraient que toutes ces activités étaient reliées entre elles. Des répondantes (2) indiquaient qu'il était en conséquence nécessaire aussi qu'un groupe non gouvernemental de pression et de surveillance voit le jour dans le domaine de la santé des femmes. Parmi les autres projets intéressants proposés par une répondante ou quelques-unes, certains avaient trait à l'établissement de services téléphoniques régionaux d'information (système 800) sur les questions touchant à la santé des femmes; de la mise à contribution de la technologie des vidéocassettes et du réseau de distribution de cette industrie comme moyen de diffuser de l'information en matière de santé aux adolescentes plus particulièrement; à la mise en place d'un système direct de correction des informations erronées diffusées par les médias; à la diffusion aux femmes d'information sur les règlements et les lois touchant à la santé et à la création dans les centres commerciaux et à la devanture de magasins de stands d'information très faciles d'accès.

B. Changements et priorités : Services médicaux et de santé

1. Politiques régissant les services médicaux. Les changements recommandés dans les politiques régissant les services médicaux étaient en accord avec les facteurs relatifs au réseau médico-hospitalier reconnus comme ayant d'importantes répercussions négatives sur la santé des femmes (section IIA), l'accent étant mis sur a) les attitudes et pratiques du corps médical, et b) l'accès à des services appropriés. Les répondantes invitaient les gouvernements et d'autres organismes à reconnaître le besoin de réduire le pouvoir du corps médical et d'accroître le contrôle des consommateurs sur les services (16). Elles recommandaient un changement dans l'orientation des services médicaux qui devaient, selon elles, cesser d'être axés sur des interventions requérant une haute technologie, et ce au profit d'efforts de prévention (16). Les répondantes signalaient aussi qu'il était nécessaire que les attitudes du corps médical à l'égard des femmes changent (7). Il importait aussi, selon les répondantes, qu'il soit reconnu que le réseau médico-hospitalier actuel ne répond pas aux besoins des femmes. C'est là un thème qui a été souligné avec force et persistance pendant toute la durée des entrevues. L'une des principales recommandations issues des entrevues, 35 des 44 répondantes l'ayant d'une façon ou d'une autre reprise, avait trait à la nécessité de mettre en place des services de soins de santé parallèles et à veiller à ce que les femmes y aient accès. Enfin, une autre recommandation importante portait sur la nécessité d'éliminer les barrières, financières, sociales, culturelles, géographiques et physiques, qui font entrave aux services médicaux traditionnels (20).

2. Stratégies relatives aux services médicaux. Au chapitre des stratégies recommandées comme moyen d'améliorer l'efficacité des services de santé offerts aux femmes, les répondantes insistaient de façon persistante sur la nécessité que les gouvernements reconnaissent, légitimisent et financent des services de soins de santé parallèles offerts par des praticiens compétents (26), et qu'ils les incluent au nombre des services de santé assurés (14). Les répondantes proposaient aussi la mise en place de services traditionnels et parallèles à l'intention de groupes spéciaux. Il était clair par ailleurs que le gouvernement fédéral devait exercer des pressions sur les gouvernements provinciaux afin de les inciter à réaliser quelques-uns des changements recommandés. Toujours au chapitre des stratégies, les répondantes indiquaient en outre qu'on devait veiller à accroître le niveau de sensibilisation et de connaissance des médecins dans les domaines de la prévention, de la santé des femmes et des services communautaires (10), veiller à ce que plus de femmes s'intéressent aux soins médicaux (9); et veiller à l'élimination et la surfacturation (7); pour n'en citer que quelques-unes.

3. Services requis. Les informatrices ont mentionné un certain nombre de services requis pour les femmes. Leurs propositions étaient en accord avec les questions et facteurs qu'elles avaient signalés plus tôt. Ainsi, 26 informatrices signalaient qu'il était nécessaire que toutes les femmes aient accès à des services d'avortement. Par ailleurs, 20 répondantes réclamaient des services d'accouchement non conventionnels, et notamment des

services de sage-femme (16). Une autre recommandation importante portait sur la nécessité que des centres de santé pour femmes, indépendants des établissements médicaux traditionnels, soient mis en place (15). Parmi les autres services dont le besoin se faisait sentir, les répondantes mentionnaient des services de traitement des toxicomanies réservés aux femmes (8); des services aux femmes victimes de violence (8); des services de counseling pour les femmes (6); ainsi que des centres communautaires dispensant des soins médicaux traditionnels (6).

C. Changements et priorités : Politiques et programmes d'ordre social et économique

Plusieurs informatrices ont mentionné certains changements dans les politiques et programmes d'ordre social et économique comme moyen d'éliminer les facteurs qu'elles avaient déjà décrits comme ayant une influence négative sur la santé des femmes.

L'une des principales recommandations avait trait à la nécessité que toutes les femmes qui en ont besoin aient accès à des soins pédiatriques de qualité (15). De plus, 14 informatrices recommandaient la mise en place de politiques économiques qui permettent aux femmes de jouir de la sécurité économique, l'accent étant mis sur le soutien du revenu des familles (6), un salaire minimum garanti pour tous (4), et des pensions acceptables pour les femmes (3). À ce chapitre, les répondantes recommandaient en outre que des améliorations soient apportées aux avantages sociaux et que ces avantages reconnaissent et le rôle de parent et les responsabilités familiales (8); qu'on accorde une plus grande importance aux services sociaux ayant pour objet d'aider les femmes à jouer leur rôle de dispensatrices de soins (8); qu'on adopte des politiques qui reconnaissent la valeur du travail des femmes au foyer (7). D'autres recommandations touchant aux politiques apparaissent dans le tableau.

D. Changements et priorités : Recherches

Quelques répondantes réclamaient que des changements soient apportés à la politique régissant les recherches et qu'on veille notamment à augmenter le nombre des recherches sur la santé des femmes et leurs besoins en matière de santé (8); à appuyer les recherches sur les femmes, faites par des femmes (6); qu'on augmente la participation des consommateurs aux décisions concernant le financement des recherches; qu'on veille à disséminer davantage d'information sur les constatations de recherches touchant à la santé des femmes (3). Les répondantes réclamaient qu'on veille à multiplier les recherches sur différents sujets, et notamment sur la mise au point de méthodes de contraception sûres et le plus naturelles possible (7); ainsi que sur les causes et la prévention de la stérilité (5). D'autres sujets de recherche sont mentionnés dans le tableau.

E. Changements et priorités : Règlements et lois

Plusieurs répondantes insistaient pour que des modifications soient apportées aux règlements et aux lois touchant à la santé des femmes. Certaines réclamaient une plus grande participation des consommateurs à l'élaboration des règlements et des lois, par le truchement de groupes de travail et par d'autres moyens (6). En accord avec les problèmes et facteurs mentionnés plus tôt, plusieurs informatrices réclamaient une libéralisation des lois sur l'avortement et l'application des mesures législatives pertinentes afin de permettre à toutes les femmes d'avoir accès à des services d'avortement (11). En outre, les répondantes réclamaient que des modifications soient apportées aux règlements en vigueur afin que le travail des sages-femmes devienne une pratique reconnue (7) et qu'on modifie les règlements régissant la mise à l'essai des médicaments et des produits (6) de manière à les rendre plus rigoureux, comme le montre le tableau.

Annexe 1

PROJET VISANT LA SANTÉ DES FEMMES

PROTOCOLE DE L'ENTREVUE

A. Information de base

1. Vérifiez les détails personnels
   Nom :
   Adresse :

   Téléphone :

2. Vérifiez l'emploi, si sur le marché du travail ou non

   Emploi actuel :
   Organisation :

   Activités pertinentes comme bénévole :

3. Demandez à la personne interviewée un résumé de ses activités touchant aux questions relatives aux femmes dans le domaine de la santé et dans le domaine social :

B. Problèmes et sujets de préoccupation

Nous voudrions identifier des préoccupations majeures actuelles à la santé et au bien-être, tant physique que mental, des femmes.

4. Selon vous, quels sont à l'heure actuelle les problèmes ou les sujets de préoccupation qui revêtent le plus d'importance en ce qui concerne la santé des femmes?

Interviewer : Essayez de faire sortir des problèmes et des sujets de préoccupation dans 4 des 6 catégories qui suivent.

Santé mentale

eg. stress, anxiété
dépression
insomnie
estime de soi abaissée

Santé relativement à la fonction reproductrice

eg. grossesse
accouchement
contraception
technologie
sexualité
ménopause

Troubles relativement à la fonction reproductrice

eg. syndrome prémenstruel
maladies transmises par voie sexuelle
maladie inflammatoire au bassin, infertilité
endométrite
infections vaginales

Toxicomanie

eg. tranquillisants mineurs
médicaments anti-dépressifs
abus d'alcool
tabagisme

Sécurité

eg. violence
sécurité et santé au travail

Maladies chroniques

eg. arthrite et rhumatisme
mal de dos
mal de tête
ostéoporose
problèmes psychiatriques
cancer du sein
maladie cardio-vasculaire
obésité

C. Facteurs qui influent sur la santé

La biologie, le comportement et l'environnement physique influent sur la santé et le bien-être des femmes. L'environnement social dans lequel elles passent leur vie influe aussi sur leur santé.

5. À votre avis, quels facteurs et situations dans notre société ont des effets négatifs les plus sérieux sur la santé, tant physique que mentale, des femmes?

Interviewer: Essayez d'obtenir des commentaires dans au moins 2 des catégories qui suivent.

Système médical

eg. attitudes envers les femmes
sur-prescription des médicaments
chirurgie superflue
intervention sur les processus de l'accouchement
contrôle de la contraception
manque de choix de soin

Rôle et relations sociales

eg. rôle dévalué des femmes au foyer
isolement à la maison
dépendance, subordination
responsabilités parentales
responsabilités de soigner d'autres personnes
double tâche

Au milieu de travail

eg. accès aux emplois
garderies
attitudes envers les femmes au travail
conditions de travail

Situation économique

eg. pauvreté
insécurité économique
pensions
allocations familiales
allocations pour les personnes âgées

6. En ce qui a trait aux facteurs qui contribuent à la santé : quels facteurs et situations dans notre société ont des effets positifs les plus importants sur le bien-être, tant physique que mental, des femmes?

D. Groupes vulnérables

Interviewer : Posez la question 7 ou la question 8, mais pas les deux. La question 7 est destinée aux expertes qui ont une expérience nette sur un ou plusieurs groupes cibles. La question 8 est destinée à celles dont l'expérience est plus générale. Si les réponses données aux questions précédentes ont touché fortement aux groupes cibles, il ne faut poser ni la question 7 ni la 8. Continuez avec la question 9.

7. (Option) Vous vous occupez des problèmes des

(femmes immigrantes)
(femmes isolées en milieu rural)
(femmes pauvres)
(femmes handicapées)
(autres)

À votre avis, quels sont les problèmes de santé les plus importants pour elles?

8. (Option) Existe-t-il dans notre société des groupes de femmes plus vulnérables que les autres aux problèmes de santé, à cause de leur situation particulière? Dans l'affirmative, quels sont ces groupes et à quels problèmes de santé sont-ils exposés de façon particulière?

Interviewer : Utilisez les exemples suivants comme liste de référence. Pour cette question, une seule réponse suffira.

immigrante
minorité ethnique
en milieu rural isolé
handicapée
lesbienne
pauvre
en famille monoparentale
âgée
dans la cinquantaine
femme au foyer
ouvrière industrielle

E. Changement requis

Nous avons discuté des problèmes de la santé, des facteurs sous-jacents aux problèmes de santé et du bien-être, et des groupes plus vulnérables à cause de leur situation particulière. Discutons maintenant des changements requis pour améliorer le bien-être des femmes. Par exemple, il se peut qu'un besoin existe dans le domaine de la législation, des services, ou des programmes d'information.

9. À votre avis, quels changements dans ces domaines ou dans n'importe quel autre domaine seraient nécessaires pour réaliser des améliorations dans la santé et le bien-être des femmes?

F. Activités

Nous essayons de nous informer de ce qui se passe partout au Canada relativement à la santé des femmes. Pour le réaliser, nous posons des questions au sujet des activités destinées à l'amélioration du bien-être des femmes.

10. Pourriez-vous me renseigner sur de telles activités dont vous avez connaissance, mises en oeuvre ici ou ailleurs, y compris des programmes, des groupes d'entraide de femmes, des réseaux, des ressources et n'importe quelle autre activité (en plus de ceux dont vous avez déjà fait mention)?

G. Priorités du gouvernement fédéral

La dernière question touche le sujet des priorités gouvernementales pour mettre au point un plan d'action à propos de la santé des femmes. Le domaine de la santé reste la responsabilité des gouvernements provinciaux. Presque tous les services de santé et de médecine tombent sous la juridiction des provinces. Néanmoins, le gouvernement fédéral continue à jouer un rôle important dans la santé. Ce rôle comprend de la coordination, de la communication, et de la direction autour des nouveaux sujets de préoccupation.

11. Dans ce contexte, selon vous quelles priorités doit adopter le gouvernement fédéral pour un plan d'action traitant de la santé des femmes?

H. Autres commentaires

Aimeriez-vous ajouter quelque chose?

Page

Liste des tableaux

Tableau	I	Questions clés touchant à la santé des femmes	27
	II	Facteurs sous-jacents aux problèmes de santé des femmes	31
	III	Groupes à risque à cause de leur situation particulière	40
	IV	Groupes vulnérables : questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents	41
	V	Facteurs favorables à la santé	48
	VI-A	Changements et priorités : programmes et projets touchant à la santé	50
	VI-B	Changements et priorités : services de soins médicaux et de santé	55
	VI-C	Changements et priorités : politiques et programmes d'ordre social et économique	58
	VI-D	Changements et priorités : recherches	59
	VI-E	Changements et priorités : lois et règlements	60

TABLEAU I : QUESTIONS CLÉS TOUCHANT À LA SANTÉ DES FEMMES

A. Questions relatives à la santé mentale		
1. Santé mentale		
- mention expresse de la santé mentale		36
- allusion générale à la santé mentale	13	
- stress, anxiété	26	
- dépression	13	
- faible estime de soi	11	
2. Consommation de substances		
- allusion générale à la consommation de substances et à la dépendance à l'égard de substances	3	
- consommation d'alcool et dépendance à l'égard de l'alcool		17
- usage du tabac		20
- consommation de drogues et dépendance à l'égard de drogues		
o mention expresse de la consommation de drogues et de la dépendance à l'égard de drogues		26
o allusion générale à la consommation de drogues et de la dépendance à l'égard de drogues	10	
o médicaments de prescription		
- mention expresse des médicaments de prescription		20
- allusion générale aux médicaments de prescription	11	
- psychotropes prescrits	11	
o drogues illicites	2	
o polytoxicomanie	1	
3. Sexualité		
- mention expresse de la sexualité		14
- allusion générale à la sexualité	13	
- problèmes liés à la sexualité, dérèglement de la fonction sexuelle, attitudes négatives	6	

4. Image corporelle

- mention expresse des problèmes liés à l'image corporelle		16
- allusion générale à l'image corporelle	12	
- troubles de l'alimentation	11	

B. Violence faite aux femmes

- mention expresse de la violence		29
- allusion générale à la violence	16	
- femmes battues	13	
- viol/agressions sexuelles	6	
- inceste	11	
- peur de la violence	3	
- patientes victimes de harcèlement sexuel	2	
- harcèlement verbal	1	

C. Santé liée à la vie génésique

1. médicalisation de la grossesse de l'accouchement		24
2. besoin de méthodes contraceptives sûres et efficaces		27
3. problèmes relatifs à des méthodes contraceptives déterminées :		
- DES	4	
- dispositif intra-utérin	7	
- Dépo-Provera	6	
- hormones, contraceptifs oraux	4	
- chirurgie (ligature des trompes, stérilisation)	5	
4. stérilité		10
5. technologie de la reproduction (dans les cas de stérilité)		15
6. accès à l'avortement		25
7. ménopause		
- mention expresse de la ménopause		21
- allusion générale à la ménopause	16	
- problèmes médicaux déterminés	10	
o thérapeutique de substitution de oestrogène, hormonothérapie	6	
o hystérectomie inutile	8	

8. préoccupations relatives aux règles

- mention expresse des règles		10
- allusion générale aux règles	2	
- syndrome prémenstruel	8	

9. grossesse chez les adolescentes 15

D. Troubles du système reproducteur

- maladies à transmission sexuelle		
o mention expresse des MTS		11
o allusion générale aux MTS	6	
o chlamédia	4	
o SIDA	4	
o herpès	1	
- salpingite aiguë (stérilité consécutive à une salpingite aiguë)		9
- endométriose		3
- infections vaginales		3

E. Problèmes de santé rattachés au milieu professionel et à l'environnement

1. problèmes de santé liés au milieu professionnel		
- mention expresse de la santé au travail		20
- sécurité et santé physique	18	
- pressions exercées sur les femmes au travail	8	
- harcèlement sexuel	5	
- questions liées à la reproduction	2	
2. problèmes de santé liés à l'environnement		15

F. Alimentation et conditions physiques

- mention expresse des questions relatives à la condition physique		17
o alimentation déséquilibrée	10	
o obésité	5	
o problèmes liés au contrôle du poids	2	
o manque d'exercice	9	

G. Maladies chroniques

- cancer du sein	3
- autres affections du sein	3
- autres types de cancer	3
- arthrite, rhumatisme	2

- ostéoporose	5
- troubles psychiatriques	2
- scoliose	2
- diabète	1
- allergies	1
- hypertension	1

TABLEAU II : FACTEURS SOUS-JACENTS AUX PROBLÈMES DE SANTÉ DES FEMMES

A. Attitudes du corps médical à l'égard des femmes

1. Allusion générale aux attitudes préjudiciables aux femmes

- déni de la compétence des femmes en matière de santé		20
- incitation à la dépendance à l'égard du réseau médico-hospitalier		12
o assimilation des étapes de la vie des problèmes médicaux		6
- insensibilité des médecins à l'égard des besoins des femmes		11
- médicalisation des problèmes sociaux des femmes		9
- considération des hommes comme étant la norme		9
- attitudes consistant à ne pas traiter les femmes sur le même pied que les hommes		8
o les femmes ne sont pas prises au sérieux et jugées névrosées	6	
o le traitement de certaines affections diffère selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme	4	
o attention du corps médical centrée sur la fonction reproductive des femmes	2	
- perpétuation de ces attitudes dans la formation des professionnels de la santé et la littérature médicale, ainsi que par les compagnies pharmaceutiques		12
- manque de compréhension de la sexualité des femmes		3

2. Contrôle médical de processus naturels et interventions touchant à ces processus

- mention expresse de ce type d'interventions		20
o allusion générale aux interventions médicales	9	
o interventions médicales touchant aux	8	

étapes de la vie reproductive**		
o contrôle médical de l'accouchement*	10	
o interventions touchant à la contraception	6	
- manque de contrôle et impuissance des femmes à l'égard des soins médicaux		15

* voir aussi la médicalisation de l'accouchement, au tableau I

** voir aussi les interventions médicales touchant spécifiquement à la ménopause, au tableau I

3. Place prioritaire accordée à la technologie dans les secteurs de la recherche, de la prévention et des traitements

- mention expresse de la place prioritaire accordée à la technologie		29
- allusion générale à la place prioritaire accordée à la technologie	10	
- surmédication	16	
- interventions chirurgicales inutiles	5	
- technologie de la procréation :		
o relativement à la contraception**	7	
o relativement à l'accouchement***	3	
o relativement à la stérilité****	6	
- manque d'intérêt du corps médical pour la prévention et accent mis sur les maladies	9	
- manque d'intérêt du corps médical pour le domaine de l'alimentation	4	

* voir aussi l'hystérectomie comme méthode contraceptive, au tableau I
** voir aussi les problèmes médicaux relatifs à la contraception, ainsi que le besoin de méthodes sûres et le plus naturelles possible au tableau I
*** voir aussi la médicalisation de l'accouchement, au tableau I
**** voir aussi la technologie de la reproduction, au tableau I

B. Accès à des services médicaux et de santé appropriés

1. Barrières faisant entrave aux services médicaux traditionnels

- mention expresse de barrières		25
- allusion générale à des barrières	5	
- barrières géographiques (transport)	9	
- barrières financières		
- barrières linguistiques et culturelles	8	
- barrières législatives/politiques/administratives	4	
o mention expresse de ce type de barrières		19
o services d'avortement	14	
o contraception pour les adolescentes	4	
o soins touchant à la vie reproductive	2	
o centres de traitement des MTS	1	
o centres de traitement de la stérilité	1	

2. Manque d'accès à des services de soins médicaux parallèles*

- mention expresse de ces services		28
- allusion générale à ces services	19	
- disponibilité de centres de santé pour femmes	4	
- disponibilité de spécialistes en soins parallèles	4	
o inclusion des soins parallèles au nombre des services assurés	1	
- possibilité d'accouchement par des méthodes alternatives		
o mention expresse de méthodes d'accouchement non conventionnelles	16	
o allusion générale à des méthodes non conventionnelles	10	
o centres d'accouchement	2	
o services de sage-femme	14	
o autres questions touchant à la reproduction	1	
- possibilité d'accès à des services favorisant des méthodes de contraception non conventionnelles	6	

* voir aussi les changements requis à l'égard de tous ces facteurs, au tableau VI-B

- possibilité d'accès à des services de counseling appropriés 4

  o traitement des toxicomanies 1

C. Rôles que jouent les femmes et relations qu'elles entretiennent avec les autres

1. Attitudes à l'égard des rôles que jouent les femmes et des relations qu'elles entretiennent avec les autres

a) Attitudes se traduisant par une sous-évaluation des rôles traditionnels des femmes

- mention expresse de cette sous-évaluation 15
- allusion générale à ce facteur 10
- statut peu élevé de la femme au foyer, manque de reconnaissance de son travail 11
- sous-évaluation des emplois traditionnels des femmes 6
- manque de reconnaissance du travail communautaire non rémunéré 3

b) Stéréotypes touchant aux rôles que jouent les femmes et aux relations qu'elles entretiennent avec les autres

i) Nature des stéréotypes

- attentes, consacrées par l'usage, à l'égard du rôle que les femmes ont à jouer à la maison 13

  o conflit pour les femmes entre leur rôle "traditionnel" et leur rôle de femme moderne 7
  o impuissance sociale, dépendance à l'égard des hommes 9
  o impuissance économique, dépendance à l'égard des hommes 10
  o isolement social de la femme au foyer 13

- attentes, consacrées par l'usage, à l'égard de la place de la femme sur le marché du travail et aux études 10

ii) Processus contribuant au maintien des stéréotypes :

- socialisation des fillettes, qu'on encourage à la dépendance et à la soumission — 10
- renforcement des stéréotypes par les systèmes et organisations

  - o renforcement des images négatives par le système d'éducation — 5
  - o diffusion par les organes d'information d'images qui renforcent les stéréotypes — 8
  - o efforts déployés par des groupes religieux et conservateurs en vue du maintien des attitudes restrictives — 6

c) Attitudes et pratiques préjudiciables touchant à la sexualité des femmes

- mention expresse d'attitudes touchant à la sexualité — 12
- allusion générale à des attitudes préjudiciables — 6
- attitudes consacrées par l'usage à l'égard de l'expression sexuelle chez les femmes

  - o mention expresse d'attitudes consacrées par l'usage — 4
  - o allusion générale à ce facteur — 2
  - o disponibilité sexuelle des femmes, considérée comme devant aller de soi — 2
  - o homophobie — 1

- attitudes et pratiques à l'égard du corps des femmes

  - o mention expresse de ces attitudes et pratiques — 10
  - o allusion générale à ce facteur — 4
  - o exploitation du corps de la femme par les médias — 2
  - o pornographie — 5

2. Nature des rôles qu'ont à jouer les femmes

a) Charge de responsabilités

- allusion générale aux lourdes responsabilités qu'ont à relever les femmes — 2
- responsabilité à l'égard de l'éducation des enfants — 21
- responsabilité de dispensatrice de soins au sein de la famille et auprès d'autres personnes - tant pour ce qui est de leur santé physique que mentale — 20

    - o nécessité pour les femmes de faire face aux problèmes des autres membres de la famille — 5
    - o nécessité pour les femmes de faire face à la dissolution de la famille — 5

- double charge de travail de la femme qui travaille à l'extérieur du foyer — 15

b) Insuffisance du soutien sur lequel les femmes peuvent compter pour jouer leur rôle

- allusion générale au manque de soutien — 7
- manque de services de soins de jour à prix abordable — 17
- insuffisance du soutien accordé par les services sociaux aux dispensatrices de soins à la maison — 9
- manque de soutien communautaire et social pour les femmes au foyer — 5
- conditions de travail et avantages sociaux ne reconnaissant pas les responsabilités familiales — 4

D. Statut économique des femmes

1. Pauvreté et insécurité économique

- mention de la pauvreté 30
- causes de la pauvreté et de l'insécurité :

  - o salaire peu élevé, caractère inapproprié des avantages sociaux 13
  - o insuffisance du soutien du revenu pour les familles pauvres 4
  - o caractère inapproprié des pensions accordées aux femmes 2
  - o caractère marginal des emplois des femmes : chômage, travail à temps partiel 13
  - o législation de la famille : dispositions inéquitables et application insatisfaisante 3

E. Conditions touchant au milieu de travail et environnemental

1. Facteurs sociaux négatifs dans le milieu de travail

- discrimination dont les femmes font l'objet au travail (accès inégal aux emplois, à la formation et aux promotions; rémunération inégale) 12
- manque de satisfaction au travail

  - o allusion générale au manque de satisfaction 3
  - o impuissance, exclusion du processus de la prise de décision 8
  - o sous-emploi des femmes 3

- pression et stress que connaissent les femmes dans les milieux de travail 10
- harcèlement sexuel 5

2. Conditions physiques de travail non favorables à la santé

- mention expresse des conditions physiques de travail 19

- allusion générale à ce facteur 18
- pollution/contamination 6

- fumée de tabac 2
- immeubles scellés 1

3. Milieux de vie physiquement malsains

- mention expresse au milieu physique 15

  - sécurité des aliments 5
  - sécurité des produits 3
  - pollution de l'environnement 10

TABLEAU III : GROUPES À RISQUE À CAUSE DE LEUR SITUATION PARTICULIÈRE

Groupes	Nombre d'informatrices
A. Groupes d'âge	
1. Adolescentes et jeunes femmes	20
2. Femmes d'âge mûr	12
3. Femmes âgées	25
B. Groupes économiques	
1. Femmes pauvres (y compris les femmes parents uniques et les femmes cols bleus)	24
C. Groupes ethniques	
1. Immigrantes et femmes appartenant à une minorité ethnique	22
2. Femmes autochtones	19
D. Groupes géographiques	
1. Femmes vivant en région isolée et rurale	14
E. Groupes spéciaux	
1. Femmes invalides	15
F. Autres groupes	
1. Femmes peu scolarisées	8
2. Femmes au foyer	5
3. Lesbiennes	4
4. Ex-patientes d'établissements psychiatriques	3
5. Femmes incarcérées	2
6. Femmes retardées mentales	1

TABLEAU IV : GROUPES VULNÉRABLES : QUESTIONS CLÉS TOUCHANT À LA SANTÉ ET FACTEURS SOUS-JACENTS

A. Groupes d'âge	Questions touchant à la santé		Facteurs sous-jacents	
1. Adolescentes et jeunes femmes (N=20)	Santé liée à la vie génésique et troubles du système reproducteur		- accès à la contraception	2
	- grossesse chez les adolescentes	15	- accès à l'éducation sexuelle	2
	- contraception	4	- pression des pairs	2
	- MTS	4	- conflits dans les rôles	2
	- accès à l'avortement	2	- manque d'orientation	2
	Santé mentale	9		
	- mention générale	2		
	- sexualité	4		
	- image corporelle	2		
	- estime de soi	2		
	- troubles de l'alimentation	1		
	Usage de substances	6		
	- alcool	4		
	- tabac	4		
	- drogues	2		
2. Femmes d'âge mûr (N=12)	Problèmes de la ménopause	6	Réseau médico-hospitalier	
	- thérapeutique de substitution de l'oestrogène	2	- médicalisation de la ménopause	4
			- attitudes du corps médical à l'égard de la ménopause	4
	Santé mentale		- surmédication	2
	- stress	3	Rôles des femmes	
	- dépression	3		
	- estime de soi	1	- attitudes sociales à l'égard de la femme d'âge mûr	6
	- sexualité	1	- responsabilités familiales	4
	- alcool	2	- changements dans la famille	4
			- solitude	2

Tableau IV : Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents (suite)

Groupes d'âge	Questions touchant à la santé			Facteurs sous-jacents	
				Situation économique	
				- pauvreté/dépendance économique	2
				Facteurs liés au milieu du travail	
				- discrimination au travail	2
3. **Femmes âgées**	**Santé mentale**		10	**Facteurs sociaux**	
(N=25)	- allusion générale	4		- isolement/solitude	13
	- stress	4		- attitudes sociales à l'égard du vieillissement	10
	- dépression	1		- peur de la dépendance	3
	- alcool	1		- perte d'amis/du conjoint	2
	Alimentation/condition physique		4	**Réseau médico-hospitalier**	
	- alimentation	4		- surmédication	10
	- condition physique	2		- attitude du corps médical à l'égard du vieillissement	4
	Maladies chroniques			**Facteurs économiques**	
	- faiblesse	3		- pauvreté	6
	- troubles de la vue/de l'ouïe	2		- logement inadéquat	3
	- troubles de pieds	1			

Tableau IV : Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents (suite)

B. Groupes économiques	Questions touchant à la santé		Facteurs sous-jacents	
1. Femmes pauvres (y compris les femmes parents uniques et les femmes cols bleus) (N=24)	Santé mentale	9	- pauvreté : accès à des biens et services de base	11
	- allusion générale	2	- accès aux services médicaux	6
	- stress	8	- surmenage/responsabilités et parent	6
	- estime de soi	2	- pressions au travail	3
	- dépression	1	- pollution : dans le milieu de travail et dans l'environnement	4
	- alcool/tabac	2		
	Alimentation/condition physique			
	- mauvaise alimentation	9		
	- obésité	3		
	Problèmes liés au travail	6		
	- fatigue	3		
	- problèmes de dos	2		
	- autres	4		

Tableau IV : Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents (suite)

C. Groupes ethniques	Questions touchant à la santé			Facteurs sous-jacents	
1. Immigrantes et femmes appartenant à une minorité ethnique (N=22)	Santé mentale		4	Réseau médico-hospitalier	
	- stress	3		- attitudes du corps médical	5
	- estime de soi	2		- accès aux soins de santé	3
	- dépression	1			
	- usage de tranquillisants	1		Facteurs sociaux	
	Violence dans la famille		3	- barrières linguistiques	8
				- conflits culturels, attitudes, aliénation	8
				- attitudes sociales à l'égard des minorités	4
				- isolement, impuissance	3
				Facteurs liés au travail	
				- conditions de travail	4
2. Femmes autochtones* (N=19)	Santé mentale		2	Accès aux services médicaux	6
	Usage de substances			Accès aux services médicaux/ sociaux	5
	- abus d'alcool	9			
	- consommation de drogues	4		- soins de santé parallèles	2
				- services de soutien	2
	Femmes battues	6		- refuges	1
				- traitement des toxicomanies	1
	Mauvaise alimentation		3	- services de sages-femmes	1
	Grossesse chez des adolescentes		2	Accès à des biens et services de base	4
				Attitudes sociales à l'égard des femmes autochtones	4

* Les problèmes mentionnés pour les femmes vivant en région isolée ou rurale s'appliquent aussi à ce groupe.

Tableau IV : Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents (suite)

D. Groupes géographiques	Questions touchant à la santé		Facteurs sous-jacents	
1. Femmes vivant en région isolée et rurale (N=14)	Santé mentale	6	Accès aux services médicaux	8
	- stress	6	- respect du caractère confidentiel des échanges	2
	- dépression	2	Accès aux services médicaux/ sociaux	12
	Usage de substance		- soins de santé parallèles	6
	- alcool	4	- services sociaux	5
	- usage de drogues	3	- soins de jour	4
	Femmes battues	3	- sages-femmes	2
			- services d'accouchement	1
			- refuges	1
			- autres services et ressources	2
			Rôle des femmes	
			- isolement au foyer	6
			- impuissance	3
			- surcharge de responsabilités de la femme agricultrice	2
			Crise économique dans le secteur de l'agriculture	4
			Transport	4

Tableau IV : Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents (suite)

E. Groupes spéciaux	Questions touchant à la santé			Facteurs sous-jacents	
1. Femmes invalides (N=15)	Santé mentale		6	Réseau médico-hospitalier	
	- stress-	3		- attitudes du corps médical	6
	- sexualité	2		- soins inappropriés	5
	- dépression	1			
	- usage de substance	1		Facteurs sociaux	
	- allusion générale	2			
	Violence	2		- attitudes sociales à l'égard de la femme invalide	4
	Contraception	2		- impuissance, isolement et dépendance	2
				Pauvreté/chômage	2
				Accès	
				- accès physique aux services médicaux et aux endroits publics	3
				- accès à l'information	1
				- disponibilité des services requis	2

Tableau IV : Groupes vulnérables : Questions clés touchant à la santé et facteurs sous-jacents (suite)

F. Autres groupes	Questions clés touchant à la santé	Facteurs sous-jacents
1. Femmes peu scolarisées (N=8)	- accès à l'information sur les services médicaux	5
2. Femmes au foyer	- isolement	4
	- stress	2
3. Lesbiennes (N=4)	- attitudes sociales et du corps médical	3
	- services requis	1
	- santé mentale/sexualité	2
4. Ex-patients d'établissements psychiatriques (N=3)	- attitudes sociales	1
	- services requis	2
5. Femmes incarcérées (N=2)	- santé mentale	1
6. Femmes retardées mentales (N=1)	- services requis	1

TABLEAU V : FACTEURS FAVORABLES À LA SANTÉ

1. Changements positifs dans les attitudes et pratiques sociétales à l'égard des femmes

- partage plus grand et contacts plus nombreux entre les femmes	16
- conscience plus grande des options et des choix offerts aux femmes par des femmes	11
- conscience plus aiguë et légitimisation des questions touchant aux femmes	8
- reconnaissance accrue de la culture et des valeurs des femmes	6
- reconnaissance accrue de l'égalité des femmes et politiques sociales favorisant cette égalité	6
- possibilités d'études meilleures pour les femmes	2
- meilleure image des femmes dans les médias	2

2. Tendance en faveur de l'entraide et des initiatives personnelles en matière de santé

- intérêt plus grand pour l'entraide et les initiatives personnelles en matière de santé	10
- connaissance accrue par les femmes de leur propre état de santé	10
- esprit critique plus grand des femmes à l'égard des facteurs touchant aux réseaux médico-hospitaliers qui influent sur leur état de santé	5
- sensibilisation plus grande au mode de vie et à la santé	5
- diffusion plus large de l'information en matière de santé dans les grands médias d'information	4

3. Ampleur croissante des organismes et des activités des femmes

- féminisme et mouvement de la santé des femmes	17
- collectifs et réseaux s'intéressant à la santé des femmes	12
- groupes féminins d'entraide	8
- clubs de femmes, centres d'accueil	5
- autres allusions aux associations féminines	4

4. Amélioration des services de soins médicaux et de soins de santé alternatifs

- allusion générale à l'amélioration des soins	3
- meilleures méthodes de contraception	8
- création de centres de santé pour femmes et de centres communautaires de santé	5
- augmentation du nombre des professionnels dispensant des soins de santé parallèles	2

- accès plus grand à des services d'avortement	2
- changements positifs entourant l'accouchement	2
- meilleure éducation sur les questions entourant l'accouchement	2

5. Programmes et projets de promotion de la santé

- projets relevant de la Direction de la promotion de la santé (mis en oeuvre ou financés par cette Direction)	5
- programmes de participation	4
- campagnes antitabac	4
- programmes de promotion de la santé en milieu de travail	2

6. Amélioration des services sociaux

- les exemples cités incluaient les soins de jour, les refuges, les services aux immigrants, les services aux femmes handicapées, etc.	7

7. Amélioration des conditions sociales

- mention expresse des conditions sociales	3

TABLEAU VI-A : CHANGEMENTS ET PRIORITÉS : PROGRAMMES ET PROJETS TOUCHANT À LA SANTÉ

1. Politiques : Changements et priorités touchant aux programmes de santé des femmes

- changer l'orientation des programmes de manière à ce qu'ils ne soient plus axés sur la médecine, les traitements et les maladies, mais bien sur la prévention, la promotion et le mieux-être	19
- accorder la priorité aux efforts visant à rendre les gens capables de se prendre en charge sur le plan de la santé, et à favoriser l'entraide et les initiatives personnelles sur le plan de la santé	18
- favoriser les activités mises sur pied par des femmes pour des femmes, afin que soient satisfaits leurs besoins réels	10
- réorienter les programmes de manière à ce qu'ils soient la traduction d'une approche globale de la santé, incluant le contexte social	5
- accorder la priorité aux efforts visant à éliminer les barrières qui font entrave aux programmes de santé, et notamment aux barrières financières, sociales, culturelles, géographiques et physiques	--

2. Stratégies : Changements et priorités visant la mise en place de programmes efficaces en matière de santé des femmes

- financement stable : veiller à ce que les groupes de femmes et les responsables de projets touchant à la santé des femmes puissent compter sur un financement stable, à long terme	14
- participation des consommateurs : veiller à ce que les femmes et les groupes de femmes intéressés participent à la planification des programmes touchant à la santé à toutes les étapes du processus	12
- participation des provinces : exercer des pressions sur les provinces pour qu'elles se dotent de politiques, de stratégies et d'activités qui soient en accord avec les mesures recommandées	10
- dissémination : accorder une place prioritaire aux efforts visant à disséminer les programmes et approches efficaces et à favoriser le partage entre les groupes responsables	10

- éducation des femmes en qualité de consommatrices de soins : accorder une place prioritaire aux approches visant à inciter les femmes à devenir de meilleures consommatrices de soins médicaux et de santé — 9

- développement communautaire : appuyer les groupes communautaires issus de la base et les programmes axés sur une approche de développement communautaire — 9

- groupes de représentation : veiller à accorder un soutien aux groupes de défense des droits des femmes et aux autres groupes de pression qui essaient d'obtenir des changements positifs pour les femmes — 7

    o programmes et groupes de soutien ayant une approche féministe — 5

- Activités de Santé et Bien-être social Canada : renforcer le rôle que joue le Ministère comme agent de promotion de la santé des femmes : — 3

    o veiller à ce que la Direction de la promotion de la santé mette sur pied un important programme à l'intention des femmes et à ce que ce programme soit considéré comme prioritaire — 6
    o veiller à mieux sensibiliser la population aux activités de la Direction de la promotion de la santé — 5
    o augmenter le fonds de contributions de la Direction de la promotion de la santé — 5
    o élargir l'éventail des groupes de femmes admissibles à une aide financière dans le cadre des contributions de la Direction de la promotion de la santé — 2
    o décentraliser le programme de la Direction de la promotion de la santé — 2

- mass média : accroître la mise à contribution des mass média comme agents d'éducation des femmes en matière de santé — 7

- groupes existants : mise à contribution des groupes et des réseaux en place — 4

3. Types de programmes

- information en matière de santé : programmes et projets ayant pour objet d'accroître la disponibilité des informatrices sur les questions de santé ainsi que l'accès des femmes à ces sources d'information — 19

- o programmes d'information spéciaux à l'intention des femmes peu scolarisées — 6

- groupes d'entraide : programmes ayant pour objet d'appuyer et de financer les groupes féminins d'entraide — 18

- ressources appropriées : mise en place de ressources sur les questions relatives à la santé convenant aux différents groupes de femmes — 13

- réseaux et échange d'information : appuyer les projets d'établissement de réseaux de femmes et les activités de partage d'information — 7

- autres types de programmes et de projets :

  - o développement des aptitudes à l'intention des facilitateurs de groupes — 4
  - o production de matériel sur l'entraide — 3
  - o projets d'extension pouvant nécessiter des déplacements — 3
  - o projets mis en oeuvre en milieu de travail — 2
  - o films sur la santé des femmes — 2
  - o conférences régionales, ateliers — 2
  - o éducation sanitaire dans les écoles — 1

- programmes et projets à l'intention de groupes spéciaux :

  - o femmes vivant en région rurale ou isolée
  - o femmes immigrantes
  - o femmes invalides

4. Programmes et projets requis

a) Problèmes requérant la mise en place de programmes

- réseau médico-hospitalier : attitudes et connaissances requises pour les rapports avec le réseau médico-hospitalier — 10

- sexualité — 9

- santé liée à la vie génésique et troubles du système reproducteur — 14

- o mentions expresses
- o allusion générale à la nécessité de programmes 2
- o contraception 5
- o technologie de la reproduction 5
- o MTS 6
- o grossesse 3
- o ménopause 3
- o fertilité 1
- o DES 1

- rôle de parents : information et ressources à l'intention des parents sur le rôle qu'ils ont à jouer 6

- autres sujets

  - o condition physique 3
  - o drogues, alcool 3
  - o fonctionnement de l'organisme humain 3
  - o santé mentale 3
  - o alimentation 2
  - o vieillissement 2
  - o auto-examen des seins 2

b) Projets spéciaux requis, de tous ordres

- réseau national sur la santé des femmes 14

- centre national ou régional responsable en matière de santé des femmes 10

- groupes non gouvernementaux de surveillance ou de pression s'intéressant à l'échelle nationale aux questions relatives à la santé des femmes et aux questions sociales les concernant 2

- service régional d'information par téléphone (système 800) sur les questions sociales et relatives à la santé touchant les femmes 4

c) Idées innovatrices de programmes et de projets

- programmes sur la santé des femmes, faisant appel à la technologie et au système de distribution de l'industrie vidéo

- projets visant à corriger, directement et rapidement, les informations erronées diffusées par les médias

- programmes d'information à l'intention des femmes sur les lois et règlements qui les intéressent et sur la façon d'en tirer partie

- stands d'information dans les centres commerciaux et à la devanture des magasins sur les centres de ressources sur la santé des femmes auxquels ces dernières ont accès

TABLEAU VI-B : CHANGEMENTS ET PRIORITÉS :
SERVICES DE SOINS MÉDICAUX ET DE SANTÉ

1. Politiques : Changements et priorités touchant aux politiques régissant les services de soins médicaux et de santé offerts aux femmes

a) Services appropriés

- accorder une place prioritaire aux efforts visant à mettre en place des services de soins de santé parallèles et la prestation de soins par des praticiens de ces disciplines, et à assurer aux femmes l'accès à ces services — 35

- accorder la priorité à l'abolition des obstacles aux services médicaux traditionnels, y compris les obstacles financiers, sociaux, culturels, géographiques et physiques

b) Attitudes et pratiques du corps médical

- reconnaître la nécessité de réduire le pouvoir et le contrôle qu'exerce le corps médical sur les services, et d'accroître le contrôle des consommateurs — 16

- changer l'orientation du réseau médico-hospitalier, afin qu'il ne soit pas axé sur des interventions faisant appel à une haute technologie, mais bien sur la prévention et les soins — 16

- reconnaître la nécessité que les attitudes du corps médical à l'égard des femmes deviennent plus positives — 7

2. Stratégies : Changements et priorités touchant à des stratégies visant la mise en place de services de santé et de soins médicaux efficaces pour les femmes

- reconnaître, légitimer et financer des services de soins de santé parallèles et la prestation de services par des spécialistes de ces disciplines

  - o mention expresse des services de soins parallèles — 26
  - o allusion générale au soutien à accorder à ce type de services — 19
  - o veiller à ce que les soins de santé parallèles soient inclus au nombre des services médicaux assurés — 14

- établir des services de soins traditionnels et parallèles à l'intention de groupes spéciaux

    - o mention expresse de ce point 21
    - o mise en place de services dans les régions rurales et isolées 9
    - o mise en place de services à l'intention des femmes appartenant à une minorité ethnique (12), des femmes invalides (15), et des femmes âgées (3) et formation des praticiens requis

- exercer des pressions sur les provinces pour les amener à apporter à leurs services des changements qui aillent dans le sens des mesures recommandées 10

- encourager les médecins à acquérir une formation dans les domaines de la prévention, de la santé des femmes, des services communautaires, etc. 10

- favoriser une plus grande participation des femmes occupant des postes de professionnelles de la santé à tous les aspects des soins médicaux et de santé 9

- interdire la surfacturation 7

- amener les femmes, en qualité de consommatrices de services de santé, à participer à toutes les étapes à la planification de ces services 5

- veiller à ce que les activités de prévention des médecins soient incluses au nombre des services de santé assurés 4

3. Services médicaux et de santé requis

- accès à des services d'avortement pour toutes les femmes 26

- services d'accouchement non conventionnels

    - o mention expresse de ces services 20
    - o allusion générale aux services d'accouchement 8
    - o services de sages-femmes 16
    - o centres de naissance 4

- centres de santé pour femmes 15

- services touchant à l'activité sexuelle (pour adolescentes et autres groupes de femmes)

o mention expresse		
o contrôle des naissances	6	
o sexualité	3	
o MTS	3	
- services de traitement des toxicomanies à l'intention des femmes		8
- services s'intéressant à la violence faite aux femmes		8
- services de counseling pour femmes		6
- centres communautaires de soins médicaux		6

TABLEAU VI-C : CHANGEMENTS ET PRIORITÉS : POLITIQUES ET PROGRAMMES D'ORDRE SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

- assurer l'accès à des soins pédiatriques de qualité		15
- adopter des politiques économiques qui permettent d'assurer aux femmes la sécurité économique		
o mention expresse de ce point		14
o allusion générale à ce point	4	
o soutien de revenu pour les familles	6	
o revenu minimum garanti	4	
o pensions satisfaisantes pour les femmes	3	
- veiller à ce que les mesures soient prises en vue d'améliorer les avantages sociaux offerts par les employeurs, et à ce que ces avantages tiennent compte des rôles parentaux et des responsabilités familiales		8
- veiller à ce qu'une place prioritaire soit accordée aux services sociaux qui aident les femmes à jouer leur rôle de dispensatrices de soins		8
- adopter des politiques qui reconnaissent et appuient le rôle que jouent les femmes à la maison		7
- appliquer des politiques qui permettent de créer des conditions de travail et environnementales favorables à la santé		7
- adopter des politiques qui favorisent l'accès des femmes à l'égalité au travail		6
- adopter des politiques qui favorisent l'intégration des immigrantes, des femmes invalides et des femmes membres d'une minorité ethnique et des femmes appartenant à d'autres groupes spéciaux		6
- assurer l'accès à des services et biens de base, y compris à une alimentation saine à prix abordable, aux femmes vivant en région éloignée		4
- assurer à tous l'accès à des logements convenables		3

TABLEAU VI-D : CHANGEMENTS ET PRIORITÉS : RECHERCHES

1. Politiques en matière de recherches

- veiller à ce que davantage de recherches sur la santé des femmes et leurs besoins en matière de santé soient menées	8
- appuyer les recherches faites par les femmes sur les femmes	6
- veiller à ce que les consommateurs participent aux décisions touchant au financement de la recherche	4
- diffuser de l'information au sujet des résultats de recherches portant sur diverses questions liées à la santé des femmes	3

2. Besoins spécifiques en matière de recherche

Questions nécessitant que des recherches soient menées

- contraception sûre et le plus naturelle possible	7
- cause et prévention de la stérilité	5
- conséquences des nouvelles technologies de la reproduction	3
- effets à long terme du Depo-Provera	3
- maladies transmises sexuellement	3
- risques touchant à la santé et à la sécurité auxquels les emplois traditionnels exposent les femmes	2

TABLEAU VI-E : CHANGEMENTS ET PRIORITÉS : RÈGLEMENTS ET LOIS

1. Politique en matière de législation et de réglementation

- veiller à ce que les consommateurs participent aux délibérations de groupes de travail et de comités de planification s'intéressant aux lois et règlements qui touchent à la santé des femmes	6

2. Changements requis dans les lois et règlements

- libéraliser les mesures législatives sur l'avortement, de manière à ce que toutes les femmes puissent y avoir accès	11
- modifier les lois et règlements de manière à légaliser le travail des sages-femmes	7
- renforcer les règlements régissant la mise à l'essai des médicaments, de divers instruments et d'autres produits, et veiller à ce que les produits déjà sur le marché fassent l'objet d'une surveillance et de nouveaux tests	6
- renforcer les règlements sur la santé et la sécurité au travail, et veiller à leur application	4
- adopter des règlements sur la mise au point de nouvelles technologies de la reproduction	3
- adopter des règlements qui permettent d'exercer un contrôle sur l'image des femmes que diffusent les médias et sur l'exploitation des femmes par les médias	3
- renforcer les lois de protection de l'environnement, et voir à ce qu'elles soient appliquées de façon plus vigoureuse	2
- renforcer les lois protégeant les femmes contre les agressions sexuelles et veiller à ce qu'elles soient appliquées de façon plus rigoureuse.	2